

PROTOCOLO DE ATENCIÓN SEXUAL A JÓVENES ADOLESCENTES



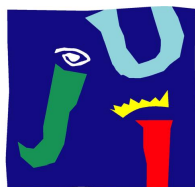
TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO DE MEDICINA- UNIVERSIDAD JAUME I

Autor/a: María José Jaén Zamora

Tutor: Vicent Cerdá Alfonso

Fecha de elaboración: Septiembre 2016-Abril 2017



UNIVERSITAT
JAUME•I

DOCUMENTO	
PROYECTO	Trabajo fin de grado – Medicina – Universitat Jaume I (UJI)
TÍTULO	Protocolo de atención sexual a jóvenes adolescentes
AUTOR	María José Jaén Zamora
	Estudiante de 6º año de Medicina en la Universidad Jaume I
DIRECTOR	Vicent Cerdá Alfonso
	Médico de atención primaria en el centro de salud Onda I



TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) - MEDICINA

EL/LA PROFESOR/A TUTOR/A hace constar su **AUTORIZACIÓN** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el/la estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

TÍTULO del TFG: Protocolo de Atención Sexual a Jovenes Adolescentes

ALUMNO/A: María José Jaén Zamora

DNI: 04631282W

PROFESOR/A TUTOR/A: Vicent Cerdà i Alfonso

Fdo (Tutor/a): 

COTUTOR/A INTERNO/A (Sólo en casos en que el/la Tutor/a no sea profesor/a de la Titulación de Medicina):

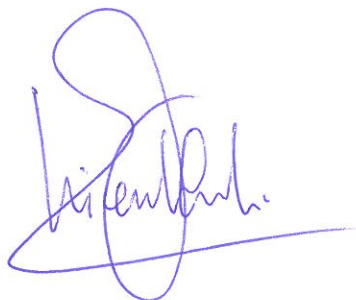
Fdo (CoTutor/a interno):

SR GERENTE DEL DEPARTAMENT DE SALUT DE LA PLANA. VILA-REAL

Como tutor responsable del Trabajo Fin de Grado, con titulo: Protocolo de Atención Sexual a Jovenes Adolescentes, realizado por la alumna de 6º curso de Medicina de la Universitat Jaume I, María José Vilar Villaseñor con DNI 04631282W, hago constar que ha sido remitido a la Comisión de Calidad del Hospital Universitario de La Plana de Vila-real, para su valoración aprobación e implementación en los centros de salud del Departamento 3 La Plana.

Para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente.

En Onda a cuatro de Abril del año 2017



Fdo Vicent Cerdà i Alfonso

Coordinador Médico Centre de Salut Onda I

Porfesor Asistencial Asociado de la UJI

Director T.F.G.

Índice

1-RESUMEN.....	4
2-PALABRAS CLAVE:.....	4
3-ABSTRACT	5
4-KEY WORDS	5
5-EXTENDED SUMMARY	6
6-INTRODUCCIÓN	8
7-OBJETIVOS.....	9
7.1- OBJETIVO GENERAL	9
7.2-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
8-PROCESO DE ELABORACIÓN.....	10
9-PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN ADOLESCENTES	11
10-ACTUACIÓN SEGÚN PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD	21
11-ANEXOS.....	40
11.1-DEFINICIONES Y CONCEPTOS	40
11.2 ALGORITMO GENERAL.....	42
11.3-PROCESO DE IMPLANTACIÓN	42
11.4-PROCESO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	43
11.5-PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO	43
12-BIBLIOGRAFÍA	44
AGRADECIMIENTOS.....	46

1-RESUMEN

Es un objetivo y una necesidad ofrecer una atención de calidad de la salud sexual y reproductiva a los adolescentes. Teniendo en cuenta algunos estudios del Consejo de la Juventud de España, he observado que la juventud posee gran posibilidad de aprendizaje y de gestionar su salud y su sexualidad, pero a la vez tiene una serie de carencias informativas, educativas y de desarrollo de habilidades que provocan en ocasiones, que su vida sexual ni sea enriquecedora, ni les ayude a conocerse, aceptarse y a disfrutar de lo que hacen, destacando el aumento notable de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en los últimos años. Por tanto, es necesario establecer unas estrategias de actuación, unos programas y unos proyectos que estén enfocados directamente a la mejora de la salud sexual en adolescentes, y que por tanto, sus objetivos tengan relación directa con la consecución. Después de realizar una revisión de la literatura, he encontrado diferentes protocolos de actuación. Presento mi protocolo, fruto del estudio realizado, así como resultado de la revisión de los protocolos y trabajos publicados.

2-PALABRAS CLAVE:

Protocolo, educación sexual, prevención, adolescentes, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual

3-ABSTRACT

Providing a high quality sexual and reproductive health to adolescent is a goal and a requirement. Taking into account some studies from the Spanish Youth Council, I have noted that young people have great capacity for learning and managing their own sexual health, but at the same time, has a series of information, education or skills development gaps. Sometimes, these shortcomings cause that their sexual life is not enriching, does not allow them to know themselves or to enjoy their experiences. Consequently the unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases have increased significantly in recent years. Therefore, there is a need to establish action strategies, programs and projects that are directly focused on improving the sexual health in adolescents.

After reviewing the published literature, different protocols of action have been found. Hereunder, an own protocol is presented result of the study as well as of the previously published protocols and works.

4-KEY WORDS

Protocol, sex education, prevention, adolescent, unwanted pregnancies, sexually transmitted diseases

5-EXTENDED SUMMARY

The target of the work is writing a protocol that includes the activity and actions that sexual and reproductive health centers should apply, obtaining with it that adolescents have better information and social-sanitary benefits in this matter. The protocol is based in:

- Providing an integral care, both persons, families and community.
- Promoting accessibility of population to sexual health centers, both women and men.
- Facilitating coordination of primary care teams, with the dual aim of improving the individual attention and allowin the development of sexual education activities, preferably in education centers.

Regarding the method of realization of this protocol, I had a meeting with my mentor who provided me documentation to start the literature search and orient myself about the focus of the document. I did bibliographic searches both online in pubmed and google academic as in the library using mostly primary care books. I contacted Family Physicians, gynecologists and the family planning service to check data and bibliography, ask doubts and and tell me how the sexual care was carried out to adolescents, although it was in schools where there were talks and how often these were done, or there were extracurricular activities or meetings in the health centers and who was responsible for imparting them.

Subsequently, I began designing the protocol linking information from the bibliography with my own ideas about what I wanted to include. After carrying out certain work I send it to my mentor so he could supervise it, and in the following meetings talk about what had to be improved, and how it had to be done.

After reviewing the literature and interviews with various professionals, I have concluded that teenage pregnancies have declined but the number of abortions has increased and sexually transmitted diseases among adolescents are nowadays. Therefore, I ask myself questions like:

- Is there a true knowledge of what sexuality is among young people?
- Is contraception being used properly?
- Is the information given in schools and other institutions adequately used?

I think that sexual and reproductive health should be understood as a concept that includes activities such as:

- Guarantee a complete state of physical, mental and social welfare, and not only the absence of disease, for everything that encompasses sexual and reproductive health.
- Guarantee the rights of all individuals: the freedom to enjoy a satisfying and safe sex life and to be able to decide what to do and with whom.
- And most important from my point of view, ensure the development and implementation of programs, activities and actions that facilitate the promotion, information and care in this area.

The key points are the following:

- Adolescence is the right time to report on sexuality.
- It is necessary to be educated in an egalitarian and unbiased sexuality with the same roles for women and men.
- Both male condoms and double protection (condom and hormonal contraceptives) are the most advisable and safe methods for adolescents.
- The morningafter pill should be used only as an emergency method and assessing in an individualized way the adolescent's ability to use.
- Sexually active adolescents should be asked about the suggestive symptoms of sexually transmitted diseases and guide a treatment if necessary.
- Teenage girls should be protected from unwanted pregnancy and children who have suffered sexual abuse should be protected because of their physical and psychological consequences and the impact of these in the future.

6-INTRODUCCIÓN

La OMS define la salud sexual y reproductiva, como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia .¹

La adolescencia es un periodo de la vida importante para proporcionar estilos de vida sanos que influyan en la biografía personal y de relación con los demás. La sensualidad y la actividad sexual son aspectos clave en este proceso madurativo de la vida. Esto justifica la necesidad de una atención especial desde la salud pública. ²

En nuestra cultura occidental las actitudes, creencias y los comportamientos sexuales han ido cambiando de manera pareja al resto de los cambios sociológicos que se han ido produciendo en los dos sexos a lo largo del siglo XX. ²

Estos cambios han situado a los adolescentes en una posición de especial vulnerabilidad en cuanto a algunos problemas de salud vinculados a la sexualidad relacional. Los embarazos no deseados en mujeres adolescentes y las interrupciones voluntarias de estos embarazos junto con las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH/SIDA, han aumentado en las últimas décadas en toda Europa de manera preocupante. ²

La sexualidad puede ser un motivo de preocupación, por diversas razones. Algunas de ellas, tienen relación con los aspectos propios de esta etapa de desarrollo, como lo son: alto nivel de experimentación, sentimientos de invulnerabilidad, presión de los pares o de la pareja; falta de adultos referentes para conversar y orientar en estas temáticas, vergüenza por acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva o la no existencia de adecuada y oportuna oferta, temor a ser reconocidos en las salas de espera y/o que los proveedores no mantengan la confidencialidad, entre otras. ³

Por todo ello, conocer las medidas de actuación que engloban prevención, promoción y tratamiento de los problemas antes mencionados se convierte en una cuestión necesaria y de gran interés para el ámbito de la atención primaria.

7-OBJETIVOS

7.1- OBJETIVO GENERAL

Promover una atención de calidad con servicios accesibles a la salud sexual, contribuyendo a mejorar la vivencia de la sexualidad de manera integral, autónoma, diversa, igualitaria, placentera, responsable, saludable y respetuosa a lo largo de la vida, en donde los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres con independencia de sus opciones y orientaciones sexuales e identidades de género, queden garantizados.⁴

Con foco en la prevención del embarazo no deseado, las ETS/VIH/SIDA y otros riesgos asociados a la conducta sexual.³

7.2-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Asesorar a los adolescentes sobre sus derechos a nivel de Salud Sexual y Reproductiva, promoviendo el ejercicio de éstos de manera informada.³
- Definir el procedimiento de derivación en caso de abuso sexual, así como concretar aquellas actuaciones y funciones que facilitarán la adecuada derivación y funcionamiento de programas de evaluación, diagnóstico y tratamiento de menores víctimas de violencia sexual.⁵
- Informar a las jóvenes adolescentes de la importancia de la prevención del VPH, así como su detección precoz con la realización de citologías en edad reproductiva para su control, prevención y tratamiento.⁶
- Informar a jóvenes adolescentes sin intención reproductiva de los métodos anticonceptivos vigentes y de su uso adecuado.
- Informar a mujeres sobre el uso de anticoncepción de emergencia en caso de necesitarla y la normativa vigente para ofrecerla según la edad, sin necesidad de informar al tutor legal.
- Informar sobre la interrupción voluntaria del embarazo en caso de que proceda, los distintos métodos y la normativa vigente establecida tanto para las semanas de gestación como para la edad de la adolescente.
- Promover una sexualidad informada y protegida para prevenir las ETS, así como su detección precoz y tratamiento.

8-PROCESO DE ELABORACIÓN

Para la elaboración de este protocolo se realizó una búsqueda de información en bases de datos como “Pubmed” y “Google académico”. La mayoría de fuentes bibliográficas fueron artículos de revistas científicas, protocolos y guías de práctica clínica, libros, folletos informativos y médicos de atención primaria. Como criterios de inclusión se utilizaron en Pubmed palabras como “sexually transmitted diseases”, “human papiloma virus”, “sexual abuse” “abortion in adolescents”. En el caso de Google académico se realizó una búsqueda más abierta buscando protocolos y guías de actuación de atención sexual y también búsqueda limitada con las palabras antes mencionadas. Se realizó búsqueda en bibliotecas públicas donde se utilizaron libros de atención primaria. También se contactó con médicos de atención primaria para preguntarles acerca de los temas a tratar.

Se plantearon preguntas como:

- ¿Cómo priorizar la promoción de estilo de vida saludable en adolescentes?
- ¿Cómo potenciar la prevención de conductas de riesgo centradas en el adolescente e involucrar a la familia y al soporte social que rodea al mismo?
- ¿Qué métodos de actuación llevar a cabo en el caso de abuso sexual, anticoncepción, embarazo no deseado y deseo de interrupción del mismo o contagio por ETS?

El proceso de validación fue llevado a cabo por médicos de atención primaria, entre ellos el tutor del trabajo de fin de grado.

Para el caso de la elaboración del presente protocolo, declaro no tener conflictos de intereses por aspectos relacionados con beneficios financieros, en especie, de prestigio o de promoción personal o profesional.

9-PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN ADOLESCENTES

La salud sexual es un componente central en la salud y el bienestar de las personas, por lo tanto promover la salud implicar favorecer las condiciones para que los servicios sanitarios garanticen su calidad, ofreciendo información, asesoramiento y asistencia sobre cualquier aspecto relacionado con la sexualidad y la reproducción.

Es necesario un enfoque integral de promoción de la salud sexual que garantice los derechos sexuales de mujeres y hombres, fomentándose la responsabilidad de las personas en las relaciones sexuales.

Una información y educación integral, igualitaria y respetuosa, será una herramienta fundamental para promover la salud sexual y el bienestar de las personas. La posibilidad de ofrecer una educación e información de calidad sobre la sexualidad permite vivirla libremente sin temores ni prejuicios, sustentada en la comunicación, el respeto y el placer, además de contar con las capacidades y recursos para prevenir las ETS incluido el VIH y los embarazos no deseados.

Las relaciones sexuales en el medio urbano son ya significativas a partir de los 15 años y se asocian a dos riesgos inmediatos: embarazos no deseados y ETS (especialmente el VIH). Deberá informarse de dichos riesgos y de las medidas preventivas a todos los adolescentes desde los 14 años o a partir de la menarquía.

¿Qué tipo de información dar? ¿Quién debe darla y dónde?

La mejor forma de poder dar información acerca de la promoción y la prevención de la salud sexual en adolescentes es en los centros educativos, ya que la mayoría de adolescentes sienten cierta vergüenza acerca de este tema y las visitas a un centro de planificación familiar o al médico de familia serían casi exclusivas.

Ha de establecerse un régimen de dos charlas al año en primero o segundo de la ESO, que es donde la mayoría de adolescentes comienzan con las relaciones sexuales o tienen dudas acerca de temas relacionados con ellas. Puede ser necesaria otra única charla en cuarto de la ESO para recordar la información de charlas anteriores. La información debe darse en horario escolar, ya que de forma extraescolar no se llegaría a todos los adolescentes, por la misma razón antes mencionada, la vergüenza o simplemente la falta de interés en ese momento con respecto a la salud sexual.

Aunque la mejor forma para llegar a todos los adolescentes sea a través de los centros educativos, es necesario informar de que también existen centros de planificación familiar y la consulta del médico de atención primaria si lo creen más conveniente o en el caso de que lo necesiten.

La información debe darse por profesionales ya sean personal médico, de enfermería o de planificación familiar. Es fundamental una formación adecuada de los profesionales para facilitar una atención integral y de calidad en materia de salud sexual.

En las charlas se hablará de los siguientes temas:

➤ Abuso sexual:

En el caso del abuso sexual a adolescentes es necesario brindarles a los niños las herramientas necesarias para que aprendan a identificar situaciones de peligro, transgresión de límites, tocamientos inapropiados o tácticas que el abusador pueda implementar para llevar a cabo su cometido. Estas herramientas van dirigidas a escolares, pero también a sus padres, maestros o cualquiera que trabaje con ellos.⁷

Trabajar con los padres y educadores es importante, y a la hora de una sospecha de abuso deben aumentar la observación, facilitar la comunicación con los niños y preguntarles: ¿qué te pasa, te veo cambiado, distinto? ¿Alguna persona te ha hecho algo? ¿Te ha pasado algo?

En el caso de los profesionales, preguntar a los niños si han tenido alguna mala experiencia, o si alguna persona les ha pedido o les ha obligado a hacer cosas que ellos no querían. A la hora de la exploración deben estar atentos de observar traumas físicos como magulladuras, desgarros, dolor en genitales, dificultar para andar o defecar, infecciones genitales y urinarias, ETS, presencia de esperma, vello de otra persona...Otros indicadores también pueden ser que comiencen a tener conductas sexuales precoces, obsesión por contenidos sexuales, agresiones sexuales a otros menores, lenguaje inapropiado, cambios bruscos en el estado de ánimo, sueño o apetito, rechazo al contacto corporal, miedo a hacer cosas que antes solía a hacer solo... Estos últimos indicadores deben servir tanto para el profesional sanitario, como para el maestro o los propios padres.

Por último implementar el uso de publicidad y anuncios públicos para recalcar lo malo del abuso sexual y la necesidad de buscar ayuda en caso de ser una víctima de ellos o bien

para alertar a terceras personas en la detención de potenciales situaciones y que adopten medidas de protección es una medida más que ha de llevarse a cabo.

➤ Anticoncepción:

Las personas tienen derecho a recibir asesoría en anticoncepción, elegir y obtener su método anticonceptivo en los servicios de salud. Por eso existe una consulta que se denomina planificación familiar, en la cual un profesional de medicina o enfermería asesora acerca del uso de métodos anticonceptivos. Otra alternativa es que se vaya a los centros educativos a dar esta información.

Se les informará a los adolescentes de la importancia de la doble protección, que es la prevención simultánea del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/Sida. Se recomienda utilizar el condón y otro método anticonceptivo.⁸

Se les explicará los diferentes métodos anticonceptivos:

- Implantes subdérmicos
- Dispositivos intrauterinos
- Inyectables
- Píldoras
- Métodos de barrera: condón de látex masculino y condón femenino
- Anillo vaginal
- Parche transdérmico
- Esterilización masculina y femenina (a partir de los 18 años)

En cuanto a la anticoncepción de emergencia, explicarles que es un método anticonceptivo que puede ser usado por las mujeres para prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección hasta 5 días después de la ocurrencia de la misma. Se puede usar en caso de:

1. Relación consentida sin uso de condón
2. Rotura o deslizamiento del condón
3. Fallo presumido del método anticonceptivo, como el olvido en la toma de pastillas anticonceptivas o en la aplicación de la inyección en las fechas indicadas
4. Violación

Puede ser hormonal o un dispositivo intrauterino.

Para acceder a la anticoncepción de emergencia puede ser solicitada en su centro de salud, en urgencias o en una farmacia. Recordarles que no protege del VIH/sida, ni de otras infecciones de transmisión sexual.

Hablarles sobre los aspectos ético-legales acerca de este método de emergencia:⁹

-A partir de los 16 años de edad, las mujeres no necesitan el consentimiento de sus padres para tomar la píldora, según la ley 41/2002 del 14 de Noviembre reguladora de la autonomía del paciente en el capítulo IV, artículo 9. ⁹

-Entre 12 y 16 años de edad no es necesario el consentimiento del tutor o tutora legal, pero es el profesional sanitario, en la farmacia o en otro centro sanitario, quien decide si la adolescente es madura para tomarla –es lo que se llama ‘madurez mínima’-. Hay profesionales que prefieren no dar la píldora por razones de objeción de conciencia. En ese caso deberán indicar a qué centro se puede acudir para obtenerla. ⁹

-Si la adolescente es menor de 12 años es necesaria la autorización del tutor o tutora legal para poder recibir la píldora postcoital. Además, es necesario informar a las autoridades judiciales porque por debajo de esa edad no se permiten las relaciones sexuales, aún consentidas. ⁹

➤ Interrupción voluntaria del embarazo

Una iniciativa nueva podría ser la de dar información sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

Las interrupciones voluntarias del embarazo constituyen una decisión voluntaria qué, sobre todo, incluye a las mujeres. Es necesario transmitirles a los adolescentes que el embarazo es algo que puede ocurrir si no se usan adecuadamente los métodos anticonceptivos y que si se da el caso, sepan que tienen la posibilidad de finalizarlo si es lo que quieren. La decisión de no tener hijos y por tanto interrumpir el embarazo, es accesible según una serie de condiciones que se recogen en la Ley Orgánica 2/2010. Hay que contarles a los adolescentes los requisitos necesarios para poder realizar la intervención según el artículo 13 de esta ley:¹⁰

-Primero: que se practique por un médico especialista o bajo su dirección. Este apartado es importante, porque en el caso de un embarazo no deseado de una adolescente, el miedo a contarle a los padres o a buscar ayuda, les lleva a realizar este procedimiento en condiciones no seguras y peligrosas para la vida de la adolescente, como por ejemplo

buscar clínicas clandestinas o remedios caseros o pastillas que se muestran en redes sociales.¹⁰

-Segundo: que se lleve en un centro sanitario público o privado acreditado.¹⁰

-Tercero: que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada, o en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la ley 41/2002.¹⁰

-Cuarto: este apartado fue modificado por la ley 26/2015 del 28 de Julio que modifica la Ley de Protección del menor (menor de 16 años) e implica información obligada a los padres y precisa de decisión médica. Recibirá información sobre:

- Distintos métodos de interrupción del embarazo
- Condiciones prevista en la ley
- Centros acreditados a los que podemos acudir
- Trámites para acceder a la prestación
- Condiciones para su cobertura por el servicio público de salud.¹¹

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundamentalmente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.¹⁰

➤ Enfermedades de transmisión sexual

Hablarles a los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual y explicarles que la adolescencia es una etapa de experimentación e iniciación tanto en el consumo de drogas como en las relaciones sexuales, siendo un periodo de especial riesgo para el virus de la inmunodeficiencia humana. De hecho las ETS representan en conjunto la patología infecciosa más común entre los adolescentes sexualmente activos, y se ha predicho que la tercera ola de epidemia del sida, después de los homosexuales y de los usuarios de drogas por vía parenteral, son los adolescentes.

Dejarles claro que las infecciones de transmisión sexual son un importante problema de salud pública a nivel mundial tanto por su morbilidad como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz no solo del paciente sino muchas veces de la pareja sexual. Muchas veces no provocan síntomas, pero si no se tratan pueden generar complicaciones serias de salud como partos prematuros, infertilidad,

demencia, cáncer e incluso la muerte. Las mujeres tienen más riesgo de contraerlas por la anatomía de su aparato reproductor y sexual. ¹²

Para evitar la transmisión del VIH y otras ETS se ha propuesto la estrategia ABC: abstinence (abstinencia), be faithful (fidelidad) y condom (preservativo). En el caso de varias parejas sexuales debería usarse siempre el preservativo. Este es muy efectivo para prevenir las ETS. Su tasa de rotura o deslizamiento durante el coito está en torno al 2%, por lo que los fallos en la prevención suelen ser debidos al uso inadecuado. Algunas normas básicas son: ¹³

1. Usar siempre homologados y utilizar uno para cada acto sexual, vaginal, oral o anal.
2. Evitar daños con las uñas, dientes o cualquier objeto afilado al manejar el condón
3. Colocar el condón con el pene en erección, antes del acto sexual y de cualquier contacto genital, oral, vaginal o anal con la pareja
4. Conseguir una lubricación adecuada durante el acto sexual, sea vagina o anal, utilizando lubricantes si es preciso
5. Cuando se utilicen condones de látex, usar únicamente lubricantes de base acuosa, puesto que los de base oleosa pueden dañarlos
6. Para evitar el deslizamiento del condón al retirarlo tras el coito, realizar esta maniobra con el pene todavía erecto, sujetando el condón sobre la base del pene. ¹³

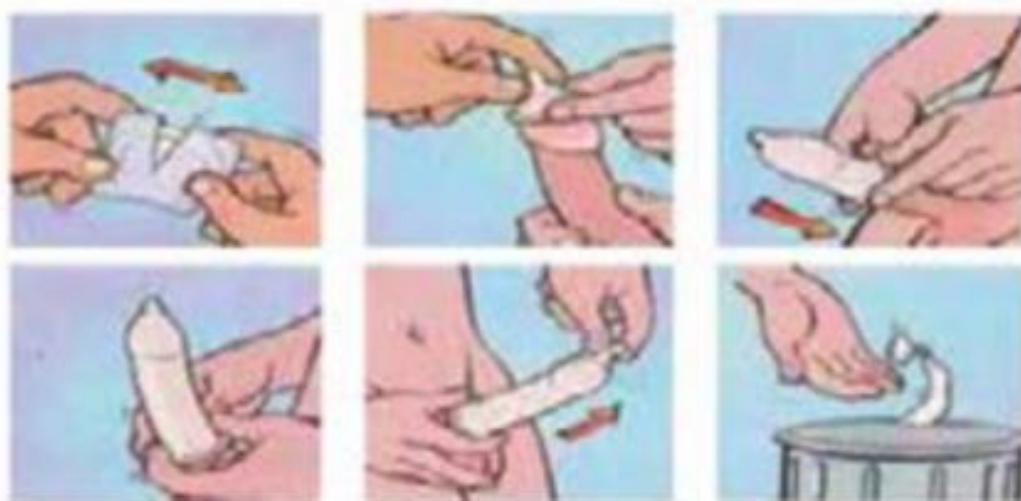
El condón femenino es una membrana de poliuretano o nitrilo lubricado, con un anillo en cada extremo, que se inserta en la vagina. Es una barrera efectiva contra el semen y las ETS cuando se utiliza consistentemente de forma adecuada. ¹³

Los espermicidas y otros métodos anticonceptivos, incluido el diafragma, sin efecto de barrera mecánica no sirven para prevenir ETS. ¹³



Póngase en una posición cómoda (acostada o de pie)	Sostenga el condón con el extremo abierto colgando hacia abajo. Apriete el anillo interno del condón con el dedo pulgar y el dedo medio. Sostenga el dedo índice entre el dedo pulgar y el dedo medio mientras continúa apretando el anillo interno del condón.	Sosteniendo todavía el condón con los tres dedos de una mano, con la otra mano separe los labios de la vagina. Coloque el condón en la entrada del canal vaginal y suéltelo.	Ahora con el dedo índice por dentro del condón empuje el anillo interno dentro de la vagina hasta pasar por el hueso del pubis. Unos 2,5 centímetros del condón con el anillo externo quedarán fuera del cuerpo.	Para pasar el condón apriete y dé vuelta al anillo externo, para mantener el semen en el interior de la funda. Sáquelo con cuidado y arrójelo en la basura, no en la poceta del baño. Asear los genitales con agua y jabón. Lavar manos.
--	---	--	--	--

Cuadro 1: uso adecuado del condón femenino para prevención de ITS¹⁸



Cuadro 2: uso adecuado del condón masculino para prevención de ITS y/o embarazo¹⁸

La búsqueda activa de casos entre los contactos del paciente con una ETS, o caso índice para ser evaluados y cortar la transmisión y prevenir la reinfección. El procedimiento incluye: informar a las parejas sexuales del caso índice de su exposición, diagnosticar y tratar si es necesaria y aconsejar sobre la prevención de infecciones futuras. La comunicación de los contactos de la posibilidad de infección puede realizarla el caso, el

médico responsable o bien otros profesionales sanitarias (bien de manera inicial o condicionada a que el paciente informe a sus parejas en un tiempo acordado). ¹³

Tras una posible exposición al VIH (en el contexto de una relación sexual sin condón o rotura de este) existe profilaxis con fármacos antirretrovirales. Debe iniciarse lo antes posible y siempre antes de las 72 horas. La pauta dura 28 días y no garantiza que la infección no se produzca, pudiendo producir efectos secundarios para la salud. Es gratuita en España y se suministra en hospitales. ¹³

Otra forma de prevención son las vacunas. En personas susceptibles se pueden prevenir algunas ETS mediante estas. En España las estrategias de vacunación frente a la hepatitis B en niños y adolescentes han conseguido que la gran mayoría de los nacidos a partir de 1980 estén vacunados. ¹³

➤ Virus del Papiloma humano

Con respecto al virus del papiloma humano, informar a los adolescentes de que es la infección por transmisión sexual más común en nuestro medio. En la mayoría de los casos no son infecciones serias, siendo estas asintomáticas y transitorias, pero en algunas personas y de ahí la importancia, provocan verrugas genitales, anormalidades en la prueba de papanicolau y cáncer de cérvix. ¹⁴

Los factores de riesgo son edad joven, por el número creciente de parejas sexuales, y pareja masculina que ha tenido o tienen múltiples parejas sexuales. ¹⁴

Contarles que se transmite mediante el contacto físico de la piel con piel y con más frecuencia durante el contacto genital con penetración. ¹⁴

Hay dos vacunas para la prevención de la infección por VPH: Gardasil y Cervarix. Las dos vacunas previenen las infecciones por los tipos 16 y 18 de VPH, dos de los virus del papiloma humano de alto riesgo que causan cerca de 70 % de los cánceres de cuello uterino y un porcentaje todavía mayor de algunos de los otros cánceres relacionados con el VPH. Gardasil impide también la infección por los tipos 6 y 11 de VPH, los cuales causan 90 % de las verrugas genitales . Está incluida en los calendarios de vacunación de todas las comunidades autónomas españolas.¹³

Se administra mediante una serie de tres inyecciones a los 0,2 y 6 meses. La vacuna debe ser administrada en niñas entre 11 y 12 años, y también es recomendada en mujeres entre 13 y 26 años que no la hayan recibido o no hayan completado la serie de vacunas. Lo ideal

es que la vacuna se administre antes del inicio de las relaciones sexual, por lo que una medida de prevención podría ser que el pediatra les diera este tipo de información a los padres, ya que en general a los 11 y 12 años aún no han comenzado con las relaciones sexuales. En hombres no se ha documentado que la vacuna disminuya el riesgo de cáncer de pene y no está en el calendario vacunal pero es recomendable para evitar la transmisión.

Otras estrategias para prevenir las transmisiones del VPH son:

- Reducir la duración de la capacidad de infección con tratamiento. Por ejemplo en verrugas genitales o los precursores de cáncer de cuello mediante crioterapia, electrocauterización o escisión quirúrgicas.
- Disminuir la eficiencia de la transmisión con condones, que pueden reducir el riesgo de enfermedades asociadas a VPH (como verrugas genitales y cáncer de cuello uterino), pero también puede darse la infección en áreas que no están cubiertas o protegidas por un condón (escroto, vulva o área perianal)
- Reducir el número de parejas sexuales. La manera más segura de prevenir la infección es abstenerse de cualquier contacto genital. Para los que eligen ser sexualmente activo, la monogamia es la manera más eficaz para prevenir.¹⁴

Dejarles claro a las adolescentes que el cribado o prevención secundarias del cáncer de cérvix mediante citología cervical disminuye la mortalidad, ya que la identificación y tratamiento de las lesiones precancerosas, dado el largo periodo de latencia (10-15 años) que se da entre éstas y su evolución a carcinoma invasivo, es una eficaz herramienta preventiva.

¿Cuándo se debe comenzar con una citología?

Aproximadamente 3 años después del inicio de las relaciones sexuales vaginales, pero a más tardar a los 21 años en mujeres sexualmente activas.

➤ Virus de la hepatitis C y B:

Es adecuado hablarles a los adolescentes de estas dos enfermedades, ya que una de las vías de transmisión de ambas es la sexual.

Deben saber que la hepatitis C causa inflamación del hígado, y que un 80% de las personas infectadas inicialmente por le VHC, la enfermedad se vuelve crónica, lo cual puede provocar daños hepáticos permanentes. Se transmite a través de la sangre. En el caso de

las relaciones sexuales no suele ser una causa frecuente de contagio. No está presente en el semen ni en fluidos vaginales, pero hay más riesgo dado que es un virus que está en la sangre de que se transmita cuando la mujer está menstruando.¹⁵

Entre quienes pertenecen a los llamados grupos de alto riesgo (hombres homosexuales, prostitutas, personas con múltiples parejas sexuales y pacientes con enfermedades venéreas) el contagio por VHC parece más común. El sexo anal puede ser una vía de contacto más eficaz que el sexo vaginal, ya que el delicado revestimiento del recto es más vulnerable y puede sufrir lesiones que permitan el contacto con la sangre. No se ha documentado ningún caso de infección a través del sexo oral o los besos. Sin embargo es posible que el virus pueda transmitirse si hay úlceras, gingivitis o una infección de la garganta.¹⁵

El método más seguro de prevención es el condón (en particular condones de látex).¹⁵

En cuanto a la hepatitis B, es una enfermedad del hígado causada por el virus. Al ser infectadas por primera vez, las personas pueden desarrollar una infección aguda, que puede variar en severidad desde una enfermedad muy leve con pocos o ningún síntoma hasta una enfermedad grave. Algunas personas pueden combatir la infección y eliminar el virus. En otras puede hacerse crónica con daño hepático, insuficiencia hepática, o incluso cáncer. Se transmite cuando la sangre, semen u otro líquido corporal de una persona que es VHB+ ingresa en el cuerpo de otra persona que no está infectada y una de las vías puede ser la sexual. El contacto sexual es la forma más común de contagio, siendo 50-100 veces más infecciosa que el VIH¹⁶. La mejor forma de prevención es la vacuna.¹⁶

10-ACTUACIÓN SEGÚN PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD

Se llevarán a cabo una serie de medidas de atención sexual según el tipo de problema.

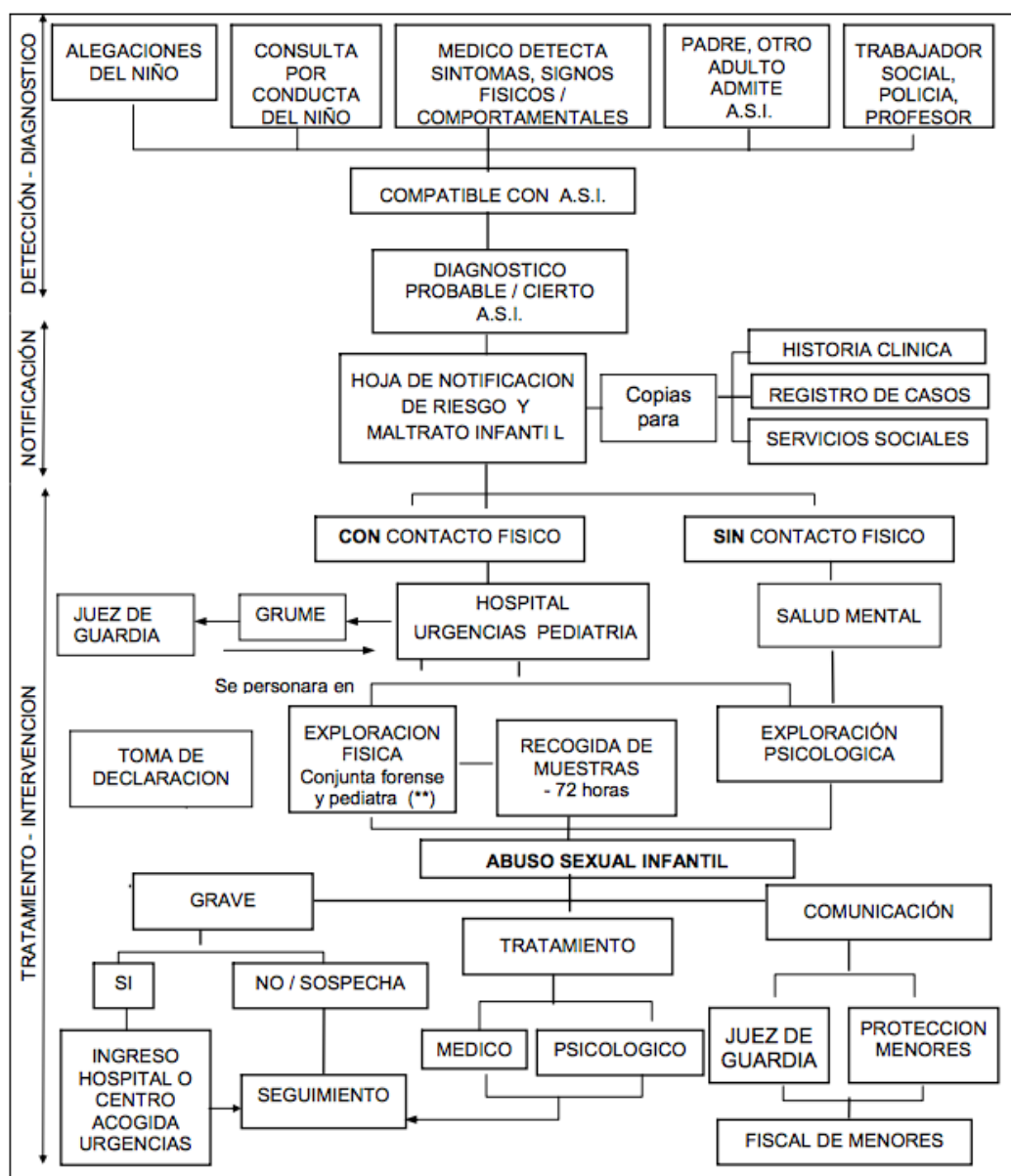
En el caso de abuso sexual, definimos violencia sexual por la OMS como todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

Los abusos sexuales a menores son una forma de maltrato infantil con implicaciones especiales por los efectos en el niño, el ataque a la dignidad de la persona, la utilización del engaño y la fuerza, las características del agresor, las circunstancias que rodean los episodios de abusos, etc ¹⁷

El problema del abuso infantil es un problema que lo han padecido los niños desde siempre y en todas las culturas y que durante mucho y aún hoy es negado. La estimación social, la vergüenza, el sentimiento de culpa, la negación, la ocultación, la duda, la banalización, el catastrofismo, el alarmismo, el secreto profesional...mantienen a las víctimas en una conspiración del silencio. ¹⁷

Cuando un niño es víctima de un abuso sexual lo puede comunicar con palabras, pero también puede expresarlo con cambios en su conducta o actitud, pudiendo ser ésta una forma de detectarlo por parte de profesores, padres o médicos, siendo necesario en ambos creer al niño, hacerle ver que el único responsable es el agresor y hacerle sentir seguro y protegido frente al agresor y la repetición de los abusos.

El siguiente esquema es el proceso de atención al abuso sexual infantil en ámbito sanitario, que no necesariamente tiene que seguir una dirección lineal. La gravedad en algunos casos puede exigir en primer lugar tomar medidas para garantizar la seguridad y protección del niño, como puede ser la hospitalización o ingreso en un centro de acogida de urgencias. ¹⁷



(*) Siempre debe comunicarse / realizar interconsulta con los servicios sociales haciendo mención al carácter de la comunicación

(**) Podrá realizar la exploración otro profesional cualificado

Cuadro 3: fases del proceso de atención al abuso sexual infantil (A.S.I) desde el ámbito sanitario. ¹⁷

Por otra parte puede ser necesaria la derivación a atención psicológica del niño, donde se empleen terapias para la resolución de problemas de niños y adolescentes, que les sirvan para controlar las situaciones estresantes de la vida y a responder al estrés de forma positiva.

Por otra parte, cuando sea necesaria una **atención relacionada con la anticoncepción**, todos los individuos tendrán el derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos anticonceptivos. De acuerdo con la OMS los adolescentes pueden usar cualquier método de anticoncepción y deber tener acceso a una

variedad de opciones anticonceptivas. La edad no constituye una razón médica para negar a los adolescentes métodos como los implantes subdérmicos o los dispositivos intrauterinos..⁸

Si la paciente acude a consulta por requerir **anticoncepción de emergencia**, en la primera entrevista se hará: una entrevista clínica donde figure la fecha de la última regla, normalidad de esta, tipo de ciclo, existencia de coitos anterior sin protección. Se hará prueba de embarazo si se sospecha. Se preguntará por toma de medicamentos que pudieran disminuir la eficacia de la toma y se informará sobre inocuidad y secundarismos. Se preguntará el número de horas transcurridas desde el coito y se informará sobre la necesidad de uso continuo de anticonceptivos.¹

La anticoncepción puede ser *hormonal*: comprimido que contiene 1,5 mg de levonorgestrel, o la toma de dos dosis de 0,75 mg. La OMS recomienda una dosis de 1,5 mg administrada entre los cinco días posteriores a la relación sexual sin protección. Es importante comentarle a la paciente que si vomita tendrá que volver a tomarse la pastilla y que cuanto más tiempo pase de la toma desde la relación sexual sin protección menos efectiva es la pastilla. Si han transcurrido más de 72 horas, valorar la utilización de la pauta hormonal o la inserción de DIU.¹

El otro método es el *dispositivo intrauterino*, que si se coloca en los 5 días posteriores a la relación sexual sin protección es el más eficaz y seguro. La única situación en la que de ninguna manera se puede utilizar un DIU como método anticonceptivo de emergencia es en el embarazo.⁶

En controles posteriores, aquellos casos en los que hayan transcurrido siete días de amenorrea, tras la fecha esperada y no haya aparecido la regla se harán test de embarazo.

Si la paciente viene por **anticoncepción hormonal**, en la primera visita, se hará una apertura de historia clínica y valoración de los factores de riesgo. Información y asesoramiento. Perfil de la paciente. Exploración ginecológica, citología cérvix, y solicitud de analítica: triglicéridos y si se considera necesario analítica completa, toma de peso y TA, prescripción de los anticonceptivos y determinación de controles posteriores.¹

En los controles posteriores, como la paciente será menor de 35 años, hay que hacer un PRIMER CONTROL a los 3-6 meses en mujeres con factores de riesgo (tabaco, alteraciones sanguíneas de hipercoagulabilidad, alteraciones hepáticas, hipertrigliceridemia...) o situaciones especiales, y haremos una valoración de efectos secundarios. Se verá el

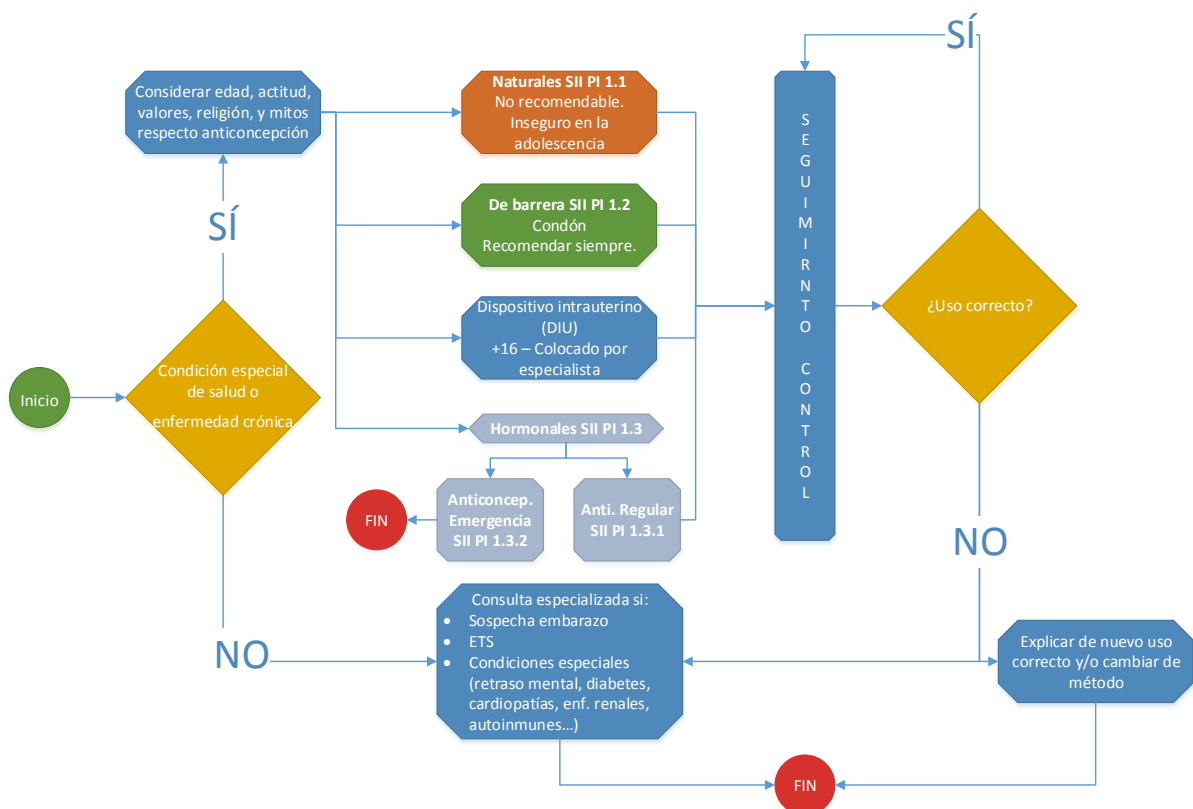
cumplimiento, información y asesoramiento y toma de peso y tensión arterial. ANUALMENTE se actualizará la historia clínica, factores de riesgo y relaciones sexuales, toma de peso y tensión arterial y control analítico. CADA TRES AÑOS control analítico, exploración ginecológica y toma de citología de cérvix. ¹

En el caso de que demande un dispositivo intrauterino, en la primera visita se abrirá una historia clínica con valoración de los factores de riesgo, información y asesoramiento. Perfil de la paciente. Exploración ginecológica. Pruebas complementarias en mujeres de riesgo (hemograma, citología), cultivo, flujo en fresco, ecografía. Es necesario el CONSENTIMIENTO INFORMADO. En la segunda visita inserción de DIU y ecografía postinserción. ¹

En controles posteriores, habrá un primer control tras la primera regla o al mes donde se hará una ecografía, se valorarán efectos secundarios y aceptabilidad. Y ya anualmente se actualizará historia clínica, se valorarán efectos secundarios y la aceptabilidad del médico, valoración de hábitos sexuales, exploración ginecológica, citología y pruebas complementarias, junto con ecografía. ¹

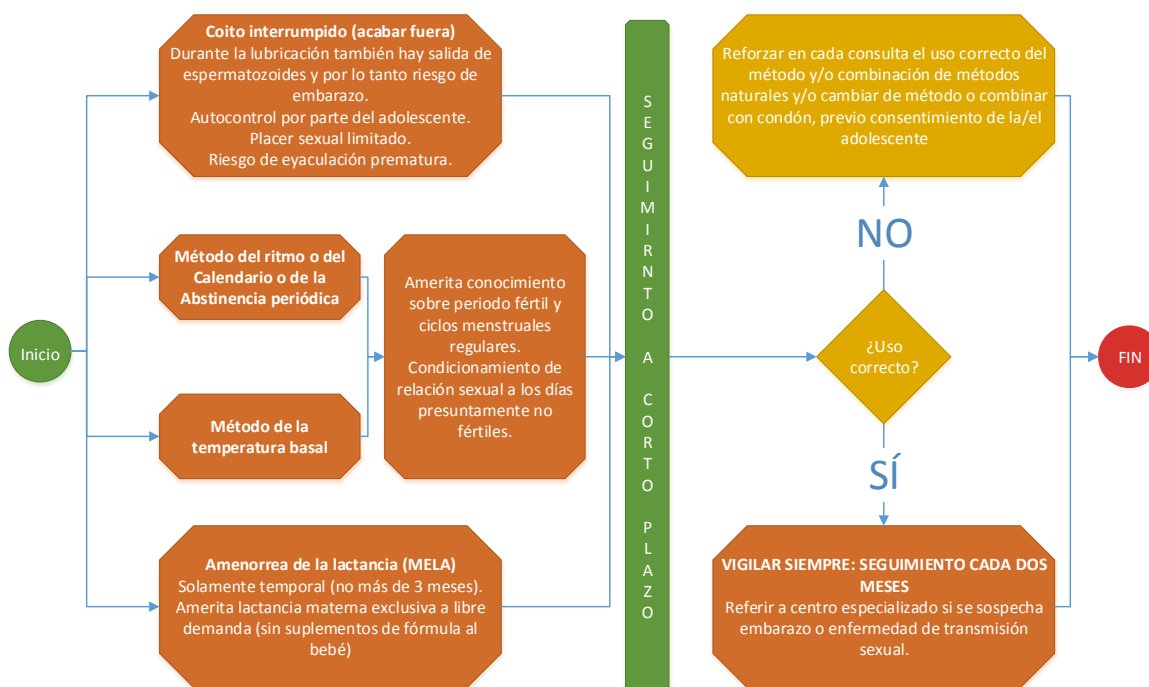
En el caso de anticoncepción de emergencia y hormonal si que puede ser dada por el médico de atención primaria, pero en el caso de inserción de un DIU la paciente debe ser remitida al servicio de ginecología, al igual que en el caso de que sea necesario hacer una ecografía para controles posteriores.

A continuación los siguientes algoritmos de actuación en atención primaria:



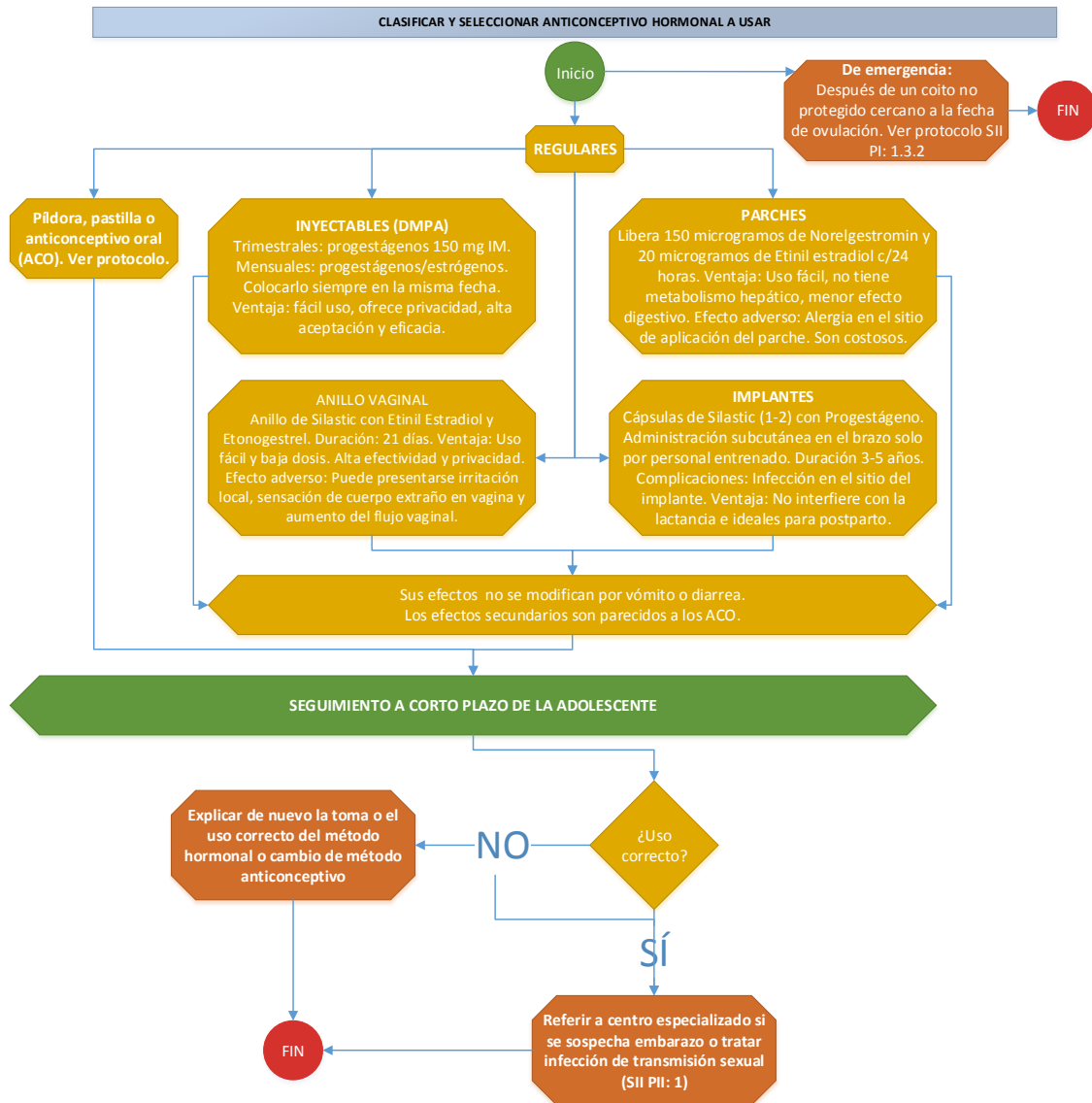
Algoritmo 1: Actuación en la primera visita ¹⁸

CLASIFICAR Y SELECCIONAR ANTICONCEPTIVO NATURAL A USAR SI LA/EL ADOLESCENTE NO ACEPTA OTROS MÉTODOS TEMPORALES

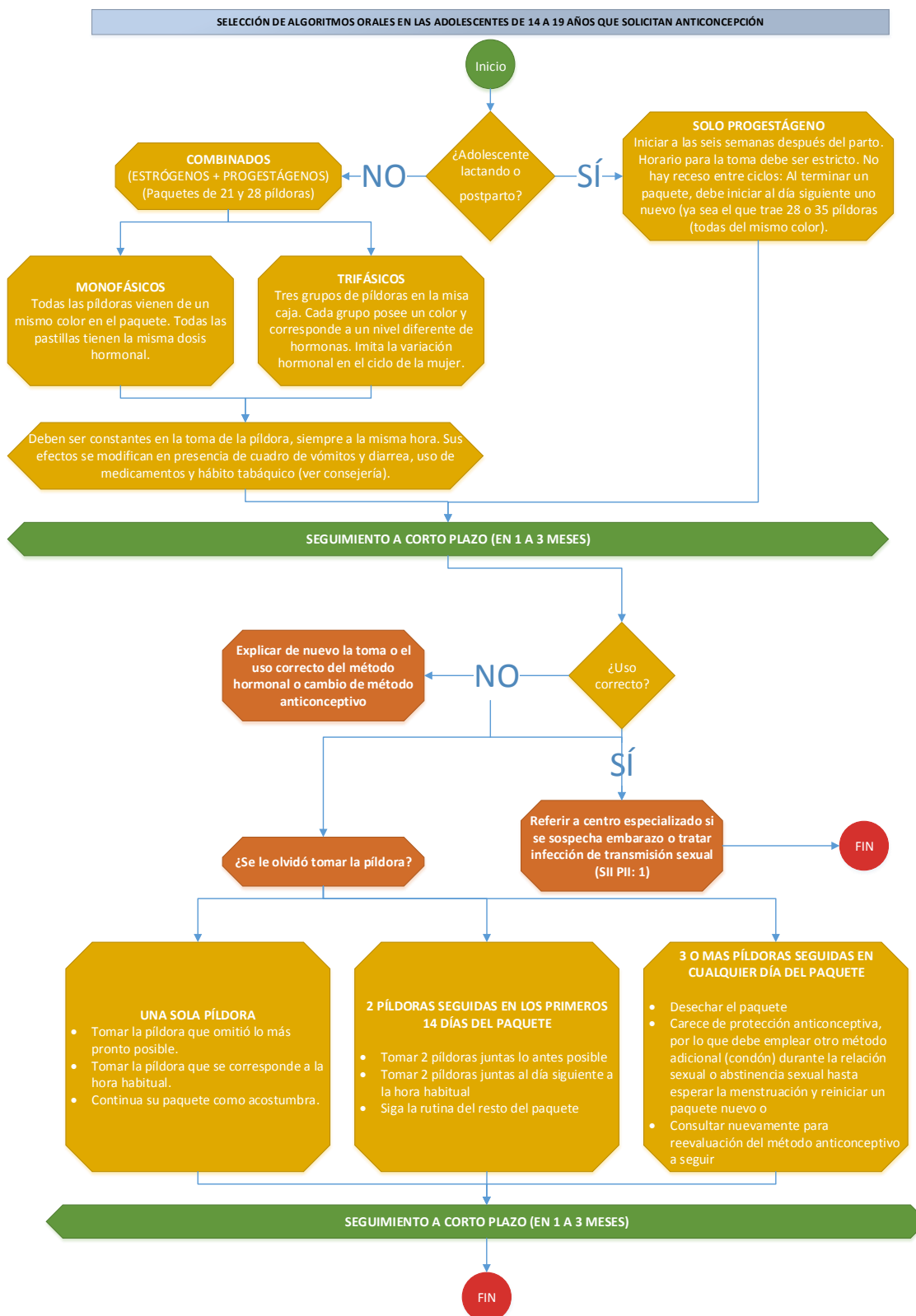


**SI BIEN NO TIENEN COSTE ECONÓMICO, SON INSEGUROS PARA PREVENIR EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
EFECTIVIDAD MENOR AL 60% Y NO PROTEGEN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Algoritmo 2: Anticonceptivos naturales ¹⁸



Algoritmo 3: Anticonceptivos hormonales ¹⁸



Algoritmo 4: Selección de anticonceptivos orales ¹⁸

Cualquier persona con infección por VIH u otra ETS puede utilizar métodos anticonceptivos, previa evaluación y recomendación médica. Adicionalmente se debe realizar el uso correcto y consistente de condones, en todas las relaciones sexuales.⁸

Si acude a consulta una **adolescente embarazada con deseo de interrumpir su gestación** recibirá información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción prevista en la ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.

En los casos en que las mujeres opten por la interrupción del embarazo regulada recibirán, además, un sobre cerrado que contendrá la siguiente información:

- a) las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto
- b) los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.
- c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro
- d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

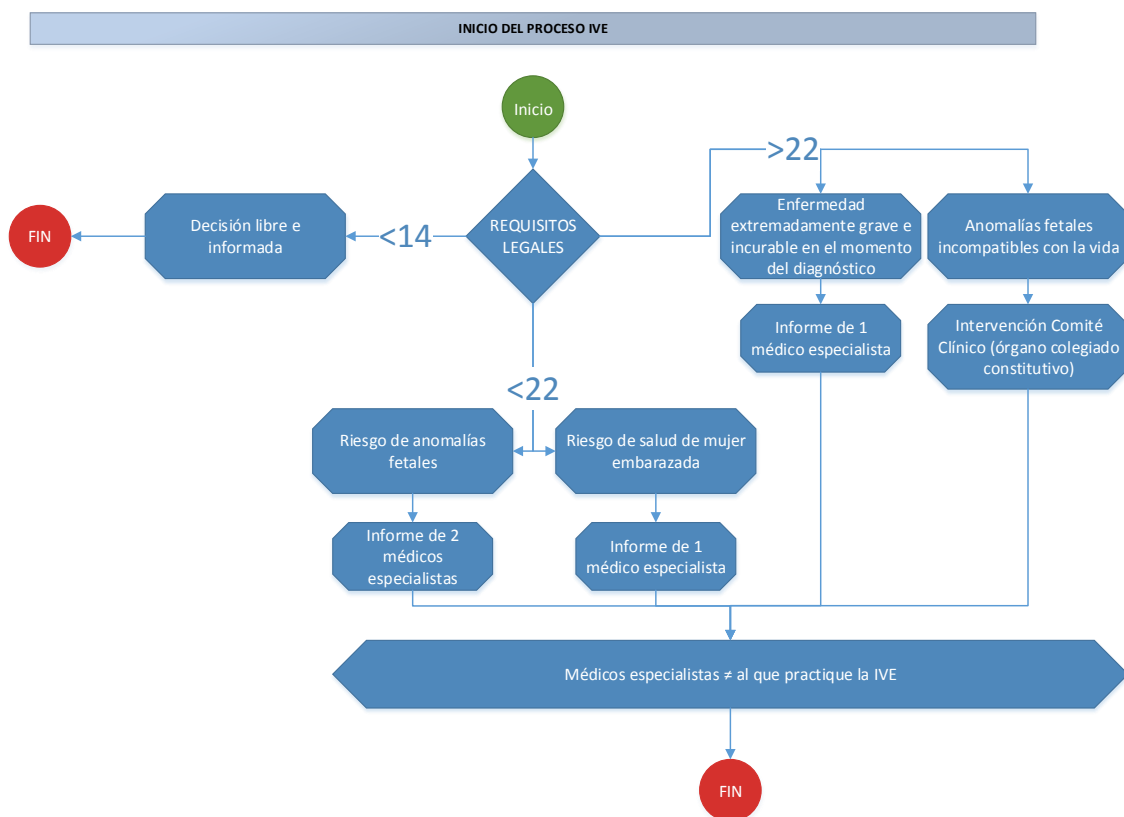
Las condiciones para poder llevarlo a cabo son:

-Artículo 14 de la Ley orgánica 2/2010: interrupción del embarazo a petición de la mujer. Podrá interrumpirse dentro de las primeras 14 semanas de gestación siempre y cuando se haya informado a la mujer sobre los diferentes recursos y prestaciones sociales y hayan transcurrido 3 días hasta la intervención.¹¹

-Artículo 15 de la Ley orgánica 2/2010: interrupción por causas médicas (entre las semanas 14 y 22). Podrá interrumpirse el embarazo cuando no superen las 22 semanas de gestación siempre que exista riesgo para la vida o salud de la embarazada o riesgo de que exista graves anomalías en el feto que puedan llegar a ser incompatibles con la vida.¹¹

-Hasta el final del embarazo: cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico, distinto del que

practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico. ¹¹



Algoritmo 5: Inicio del proceso IVE. ¹¹

Si la paciente tiene 16 ó 17 años:

- El consentimiento informado, deberá estar firmado sólo por la usuaria
- Documento en el que firme uno de los tutores/as asegurando que han sido informados. Este documento deberá de ser entregado por la usuaria al personal del centro donde se practique la IVE, acompañada de la persona que firma dicho documento.

Si la paciente es menor de 16 años:

- El consentimiento informado, deberá ser firmado por la usuaria y su tutor/a y el/la médico y forma parte de la historia clínica.

En el caso de que se decida la interrupción del embarazo:

- Se realizará un examen físico, prueba de embarazo, estudio ecográfico del caso y revisión de la historia obstétrica médica y/o psiquiátrica. Evaluación

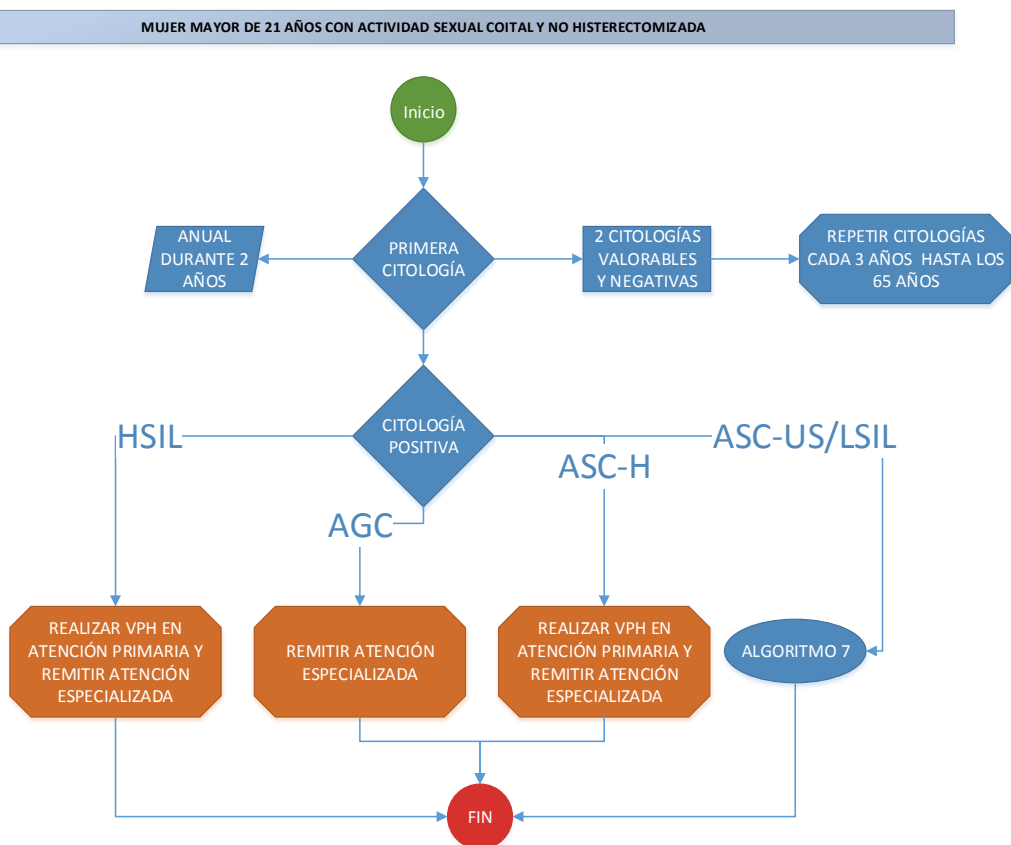
multidisciplinar: valorar visita con psiquiatría, ginecología, genetista u otras especialidades, si se precisa. ¹⁹

- En el caso de anomalía fetal por debajo de las 22 semanas, debe realizarse una valoración previa para su aceptación por el comité interno hospitalario. ¹⁸
- Por encima de las 22 semanas, además es necesaria la autorización por un comité acreditado. ¹⁹
- Se informará de la técnica del proceso y se cumplimentarán los consentimientos informados del mismo, así como de la técnica anestésica y de la utilización compasiva de fármacos. ¹⁹
- Se revisarán las analíticas previas y se solicitará estudio analítico básico (hemograma y prueba de coagulación) si no se dispone de una analítica reciente (realizada en 3 meses anteriores) y el grupo RH si se desconoce. ¹⁹
- Se valorará la visita preoperatoria con el equipo de anestesia si existe riesgo materno. ¹⁹

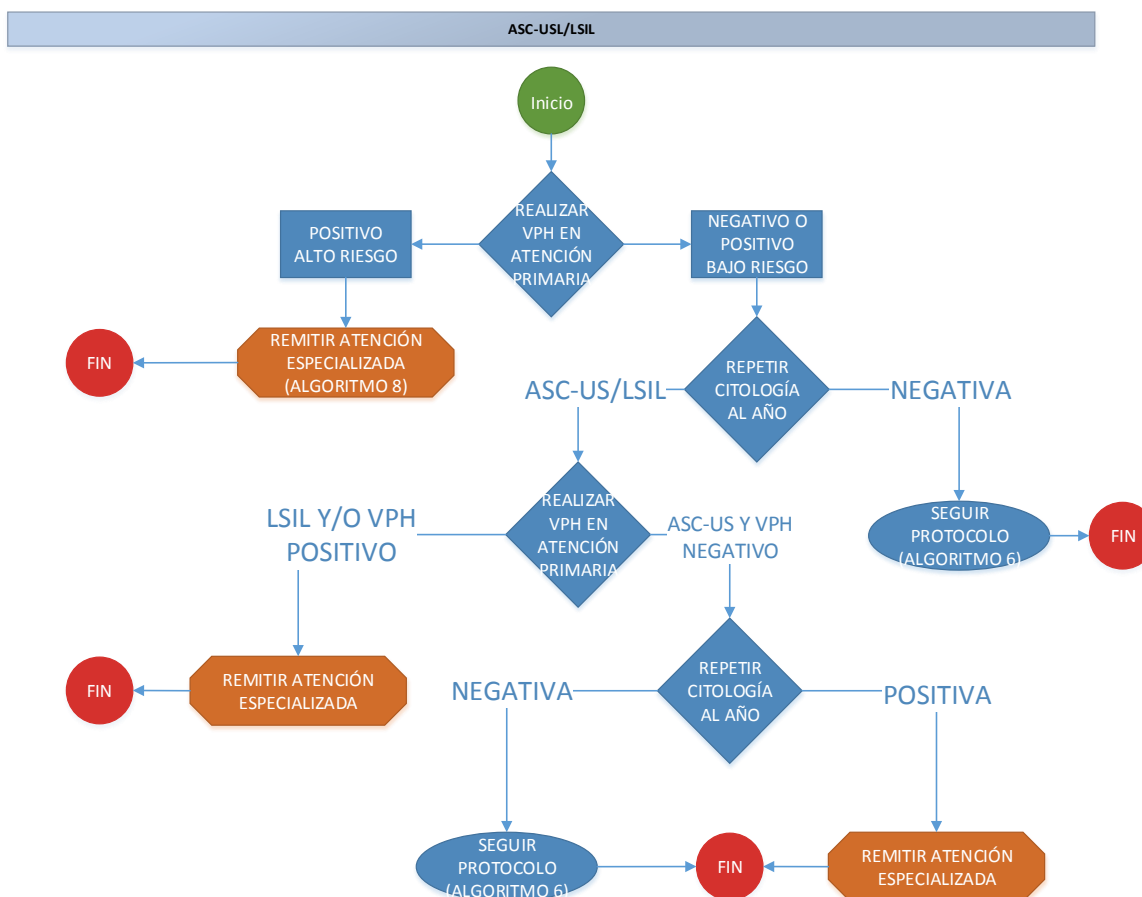
Con respecto al **VPH**, en la mayoría de los casos, las infecciones genitales por el VPH son transitorias y asintomáticas. El 70% de las mujeres con infecciones por el VPH se tornan negativas por el ADN del VPH en un año y hasta el 91% de ellas se tornan negativas en dos años. También es probable que el virus permanezca de forma latente y se reactive muchos años después en edad adulta. Únicamente el 10% de las mujeres infectadas padecerán infecciones persistentes por el VPH. Las mujeres con una infección persistente por el VPH de alto riesgo corren el mayor riesgo de presentar precursores de cáncer de cérvix de alto grado y cáncer. El factor más importante que por sí solo se asocia con el cáncer de cuello uterino invasivo es nunca o rara vez haberse sometido a pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. ¹⁴

Como antes se dijo se debe comenzar con las citologías 3 años después de comenzar con las relaciones sexuales o como tarde a los 21 años en mujeres sexualmente activas. Se realizará citología anual durante 2 años. Si primera citología positiva seguir el algoritmo. Si 2 citologías negativas, repetir citologías cada 3 años hasta los 65 años.

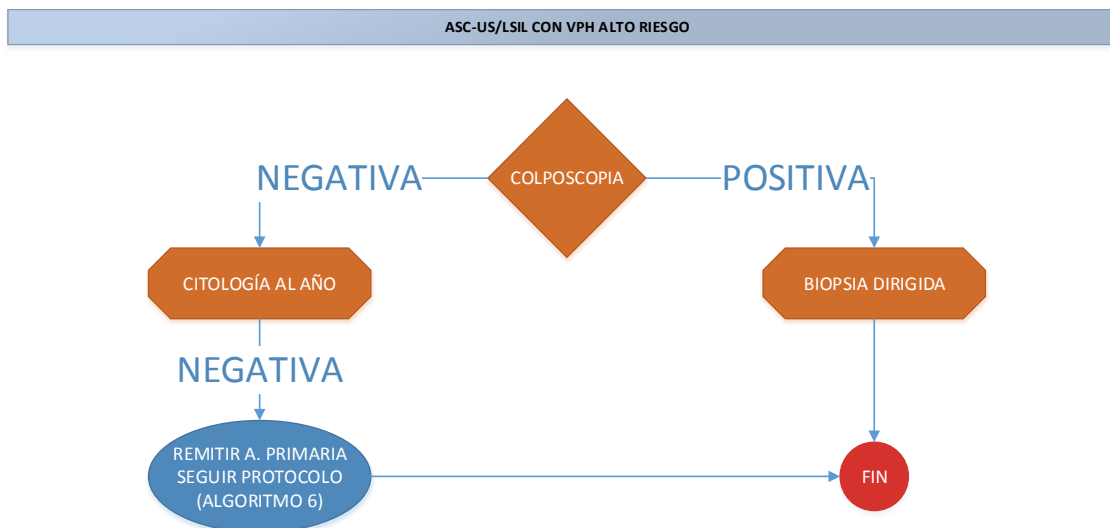
Los siguientes algoritmos muestran la actuación en atención primaria:



Algoritmo 6: Actuación general de cribado ²⁰



Algoritmo 7: Algoritmo específico para ASC-US/LSIL ²⁰



Algoritmo 8: Mujeres con informe de citología ASC-US ó LSIL y test de VPH de alto riesgo²⁰

Por parte del médico de atención primaria si acude una adolescente con sospecha de infección por el VPH, en consulta se podrán realizar citologías y se derivará a la consulta de ginecología para que continúen estudio, diagnóstico y tratamiento.

La labor del médico de familia con respeto a las **ETS** debe ir encaminada a la prevención y tratamiento precoz, tanto del paciente como de su pareja o parejas sexuales. La mayoría pueden provocar molestias o heridas visibles, pero en los casos en los que si aparecen síntomas estos suelen ser los siguientes.

Hombre	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras o ampollas en el pene • Dolor al orinar • Pus que sale por el pene • Ganglios inflamados en las ingles
Mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado durante o después de las relaciones sexuales • Escozor en la zona genital, con o sin dolor. • Secreciones de pus en los genitales. • Ardor al orinar. • Flujo vaginal diferente al habitual. • Dolor en la parte baja del abdomen. • Lesiones en la boca o manchas en la piel. • Picazón en la zona genital.

Cuadro 4: Síntomas que pueden causar las ETS ¹²

- Si acude un paciente por sospecha de **sífilis**, se hará una exploración física detallada buscando una pequeña úlcera abierta e indolora llamada chancro en los genitales, boca, piel o recto que cura por si sola en unas 3 a 6 semanas. También se palparán ganglios linfáticos por si los tiene inflamados. Estos serían síntomas de sífilis primaria. En el caso de sífilis secundaria habría que preguntar por síntomas cutáneos como erupción en palmas de manos y plantas de pies, úlceras en boca, vagina o pene, condilomas sífilíticos en órganos genitales o piel, fiebre, dolores musculares o articulares, pérdida de cabello, inflamación de ganglios linfáticos...En el caso de una sífilis terciaria el paciente padecería algún daño al corazón como aneurisma o valvulopatía, neurosífilis o tumores en piel , hueso e hígado. Para el diagnóstico se pedirán exámenes en sangre para buscar la bacteria de la sífilis (RPR, VDRL) y en el caso de que saliesen positivos haría falta una prueba confirmatoria que sería pedir los anticuerpos FTA-ABS. Como tratamiento:
 - *Sífilis primaria, secundaria y latente precoz.* Se tratará con penicilina G benzatina 2,4 mU IM en dosis única. Alternativas: doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas durante 14 días o tetraciclina 500 mg VO cada 6 horas durante 14 días. ¹²

- *Sífilis latente tardía y terciaria*: Se trata con penicilina G benzatina 2,4 mUIM en dosis única semanal durante 3 semanas. Alternativas: doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas durante 28 días o tetraciclina 500 mg VO cada 6 horas durante 28 días.¹²
- *Neurosífilis*: Se trata con penicilina G cristalina acuosa 18-24 mU al día, administradas en forma de 3-4 mU IV cada 4 horas, durante 10-14 días.¹²

Como *prevención secundaria* recomendar tener una relación mutuamente monógama a largo plazo con una persona que se haya hecho pruebas y haya tenido resultados negativos para la ETS. Usar condones de látex de manera correcta cada vez que se tenga relaciones sexuales. Los condones previenen la transmisión de la sífilis al evitar el contacto con las llagas, pero a veces las llagas pueden estar en áreas que el condón no cubre y se puede transmitir a través de estas.

- Si acude un paciente con síntomas de exudado uretral, que en ocasiones tiene dolor al orinar, hay que pensar en **uretritis o cervicitis**, producidas por *Clamidia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Para diagnóstico se hará una tinción gram de la secreción, obtenida de la uretra en el varón o del canal endocervical en la mujer. La observación de diplococos Gram – nos da el diagnóstico de presunción. También se hará un cultivo de la secreción uretral o cervical, incluyendo muestra faríngea y/o rectal en los casos en los que se considere oportuno por historia sexual. Este último es el método de elección.

El tratamiento empírico de elección en la uretritis aguda es la combinación de cefixima 400 mg v.o. o ceftriaxona 250 mg i.m. y azitromicina 1 g v.o. en monodosis.¹²

Como *prevención secundaria* los pacientes deben abstenerse de mantener relaciones sexuales hasta después de que tanto ellos como sus parejas sexuales hayan terminado su tratamiento con antibióticos y estén asintomáticos.

- La tricomoniasis puede causar **vaginitis** en mujeres con secreción vaginal verdosa o amarillenta, molestias durante las relaciones sexuales, olor vaginal, dolor al orinar, picazón dentro o alrededor de la vagina...en la mayoría de los hombres no presenta síntomas. Si los tienen, pueden presentar una secreción blanquecina del pene o dificultades para orinar o eyacular. Para diagnóstico aparte de la sospecha clínica se tomará una muestra del flujo vaginal o de la supuración uretral y se llevará a laboratorio.

Como tratamiento metronidazol 2g por vía oral, en dosis única.¹²

Como *prevención secundaria*: utilizar siempre preservativo en las relaciones sexuales vaginales o anales. Adoptar medidas de barrera cuando se realice sexo oral. Evitar los juguetes sexuales y si se utilizan, protegerlos siempre con condones, y realizar chequeos regulares para descartar la presencia de ETS.

- En el caso del **herpes genital**, el paciente acudirá con presencia de vesículas sobre un área eritematosa que se transforman en múltiples úlceras con edema local. En las mujeres se localizan en cuello uterino y la vulva y en hombres en glándulo o prepucio. En ambos sexos la infección puede afectar a ano y recto, así como la boca. También posible afectación ganglionar. Para diagnóstico se hará un cultivo de líquido de la úlcera, se pedirán niveles de anticuerpos contra el virus en sangre y una PCR (que es la prueba más precisa).

Como tratamiento en la primoinfección: valaciclovir 500 mg VO, dos veces al día durante 7-10 días; famciclovir 250 mg VO tres veces al día durante 7-10 días o aciclovir 400 mg VO tres veces al día durante 7-10 días. Recidivas: valaciclovir 500 mg VO dos veces al día durante 5 días; famciclovir 125 mg VO tres veces al día durante 5 días; aciclovir 400 mg VO tres veces al día durante 5 días o aciclovir 800 mg VO dos veces al día durante 5 días¹²

Como *prevención secundaria* se deberá practicar la abstinencia sexual cuando haya lesiones o síndrome prodrómico y utilizar el preservativo con parejas nuevas o no infectadas.

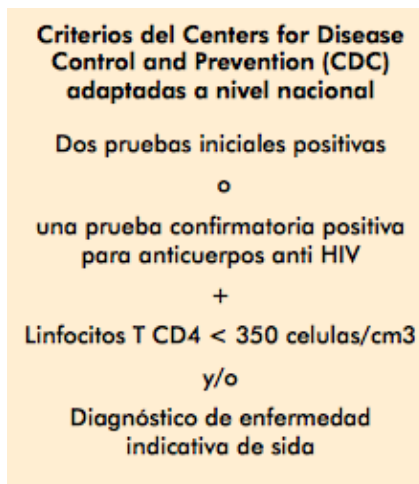
- Si un paciente acude a consulta por **verrugas genitales** bien delimitadas como pápulas exofíticas o pediculadas, o planas, rodeadas de piel normal, en zonas sometidas a traumatismos durante la relación sexual, podemos estar ante un condiloma acuminado. En la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico de los condilomas genitales es clínico. La infección subclínica por el VPH suele demostrarse a menudo tras el examen citológico o histológico del tejido infectado. Para mejorar el diagnóstico de la infección subclínica por el VPH, puede aplicarse ácido acético del 1 % al 5 % en la región sospechosa y después examinarla mediante un sistema de aumento, como un colposcopio. El tejido infectado muestra un característico aspecto blancuzco, aunque pueden existir falsos positivos. Si se observan condilomas cerca del ano, la vagina o la uretra, pueden coexistir con condilomas internos. Según esté indicado, debe realizarse una anoscopia, una exploración vaginal y cervical (con frotis de Papanicolaou) o una uretroscopia. En un 20 %-30 % de los pacientes estas lesiones desaparecen por sí solas y sin tratamiento antes

de 3 meses. Para el tratamiento se usan varias técnicas como crioterapia, podofilina, ácido tricloroacético, extirpación quirúrgica.

- Cuando llegue a consulta un paciente que ha notado la presencia de liendres adheridas a la base del vello púbico, estaremos ante una **pediculosis pubis**. El diagnóstico es clínico buscando las liendres, o marcas de rascado y signos de infección cutánea. También pueden causar irritación ocular, por lo que examinar las pestañas con una lupa y el tratamiento es permetrina crema 1%. Lavar la ropa potencialmente contaminada a elevada temperatura o mantenerla en una bolsa hermética cerrada al menos 72 horas.¹²
- En caso de prurito intenso, con erupción cutánea papular, con excoriación secundaria estaremos ante **escabiosis o sarna**. En la exploración a menudo se aprecian lesiones lineales que señalan los surcos excavados por la sarna. Habrá que explorar las superficies flexoras de codo, axilas, manos, surcos interdigitales, muñeca, inglés, superficie dorsal del pie, genitales, nalgas y pliegues glúteo e inguinal, que son las localizaciones más frecuentes, y en glánde también. El diagnóstico es clínico y el tratamiento permetrina crema al 5%. Lavar la ropa potencialmente contaminada a elevada temperatura o mantenerla en una bolsa hermética cerrada al menos 72 horas.¹²
- Ante un posible caso de **VIH**, se debe investigar sobre su historia médica, antecedentes de haber sido diagnosticado de VIH u otra ETS, comorbilidades, transfusiones y antecedentes de procedimientos quirúrgicos. En la mujer, se debe indagar la posibilidad de embarazo (preguntaremos la fecha de última menstruación y método de anticoncepción que utiliza) y la del último examen citopatológico cervical. Interrogar acerca de práctica de relaciones sexuales sin métodos de protección para las ETS y el VIH. Considerar el perfil psicológico del usuario, la comprensión que tendría de su diagnóstico, adherencia al tratamiento y evitar la transmisión vertical. Realizaremos un examen físico completo y minucioso y ofreceremos la prueba rápida de detección de VIH, considerando siempre el consentimiento y la confidencialidad según lo aclara la ley vigente al respecto (Ley 3940/09). La detección mediante ELISA, con confirmación por Western-blot sigue siendo el *“gold standard”* para el diagnóstico de la infección VIH.²¹

Como tratamiento fundamentalmente preventivo con uso de preservativos y antirretrovirales incluyendo los inhibidores de transcriptasa inversa, de proteasa, inhibidores de la proteasa (IP), inhibidores de la fusión (IF), inhibidores de la

integrada (IInt) y antagonistas del CCR5. Se debe realizar quimioprofilaxis de las infecciones oportunistas y vacunaciones en el paciente VIH positivo.¹²



Cuadro 5: Criterios de definición de Infección avanzada de VIH para mayores de 13 años.²¹

***Enfermedades indicativas del sida:**

- Cáncer cervical invasivo;
- Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones;
- Citomegalovirus que no sea en hígado, bazo y ganglios linfáticos;
- Criptococosis extrapulmonar;
- Criptosporidiasis intestinal crónica (más de 1 mes);
- Herpes simple muco-cutáneo (más de 1 mes);
- Histoplasmosis diseminada en órganos que no sea exclusivamente pulmón o ganglios linfáticos cervicales/ hiliares;
- Isosporidiasis intestinal crónica (más de 1 mes);
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva;
- Linfomas no Hodgkin de células B;
- Linfoma primario del cerebro;
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*;
- Cualquier micobacteriosis diseminada en órganos que no sea el pulmón, piel o ganglios linfáticos cervicales/ hiliares (excepto hanseniasis o tuberculosis);
- Reactivación de la enfermedad de Chagas (meningoencefalitis y/o miocarditis);
- Sepsis recurrente por *Salmonella* no tifoide;
- Toxoplasmosis cerebral

Cuadro 6: Cuadro 6: Enfermedades indicativas de sida.²¹

A todo pacientes que acuda a una consulta de ETS, se halle sintomático o no, se recomienda realizarle un cribado de sífilis, hepatitis B y VIH. ¹³

- en el cribado de hepatitis B se puede emplear la determinación de anti-Hb core. ¹³
- para la detección del VIH se recomienda utilizar una prueba de ELISA como cribado seguida de una prueba de confirmación como Western blot. ¹³

En hombres sintomáticos se recomienda realizar cribado de hepatitis A cuando se presente con un cuadro clínico sugestivo, o existan prácticas sexuales recientes que conlleven transmisión fecal-oral con una persona enferma.¹³

En pacientes infectados con VIH y con diagnóstico serológico de sífilis se recomienda realizar una punción lumbar para descartar infección del sistema nervioso central cuando presenten clínica neurológica, trastornos oculares o síntomas otológicos de probable etiología sifilítica, cuando el recuento de linfocitos CD4 sea inferior a 350 células /mm³ y/o título de RPR en suero mayor de 1:32 o cuando exista fracaso del tratamiento. ¹³

11-ANEXOS

11.1-DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Glosario de siglas:

- ETS: Enfermedad de transmisión sexual
- SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida
- VPH: Virus del papiloma humano
- VHS: Virus del herpes simple
- VHB: Virus de la hepatitis B
- VHC: Virus de la hepatitis C
- HSIL: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado
- ASC: células escamosas atípicas
- AGC: células glandulares atípicas
- ASC-H: células escamosas atípicas que no puede excluir lesión escamosa intraepitelial de alto grado.
- ASC-US/LSIL: células escamosas atípicas de significado indeterminado

Según el diagnóstico de ETS, el médico de atención primaria solicitará unas pruebas u otras:

Localización de la muestra	Gonorrrea	Clamidia	Vaginosis	Tricomonas	Candida	VPH	Observaciones
Uretral ¹	No recomendado	No recomendado	No recomendado	No recomendado	No recomendado	No recomendado	Sólo recomendada en mujeres que refieran sintomatología compatible con un síndrome uretral
Vaginal ^{2,3}	No recomendado	No recomendado	Gram + / - Fresco	Cultivo + / - Fresco	Gram + Cultivo + / - Fresco	No recomendado	Medio Stuart-Arries + Medio Roiron o Diamond para el cultivo de <i>T. vaginalis</i>
Endocervical ^{4,5,6}	Gram + Cultivo	Detección ácidos nucleicos	No recomendado	No recomendado	No recomendado	Citología y detección VPH	Medio Stuart-Arries + Medio UTM. Procesamiento inferior a las 4 - 6 horas a temperatura ambiente, si no guardar en nevera a 2 - 8 ° C.
Rectal ⁷	Cultivo	Cultivo y / o Detección ácidos nucleicos	No recomendado	No recomendado	No recomendado	Citología líquida en pacientes VIH+ o con cáncer de cérvix	Incluir la muestra según las prácticas sexuales del paciente. Mismas indicaciones que para la muestra uretral.
Faringeo	Cultivo	Cultivo/PCR	No recomendado	No recomendado	No recomendado	No recomendado	Incluir la muestra según las prácticas sexuales del paciente. Mismas indicaciones que para la muestra uretral.

Tabla 1: solicitud de pruebas en hombres. ¹³

Localización de la muestra	Gonorrea	Clamidia	Uretritis inespecífica ¹	Tricomonas	Candida	Observaciones
Uretral ^{2,3}	Gram + Cultivo	Detección ácidos nucleicos	Gram + Cultivo y / o detección de ácidos nucleicos para <i>M. genitalium</i> , <i>M. hominis</i> y <i>U. urealyticum</i>	Cultivo	No recomendado	Se debe emplear torunda de algodón o dacrón para realizar la toma para cultivo aerobio (gonococo), hongos y tricomonas. Para el cultivo y/o detección de ácidos nucleicos de virus, clamidia y micoplasma se recomiendan torundas de dacrón o alginato cálcico. Si no se siembra directamente la muestra, emplear medio de transporte Stuart-Amies y un medio universal para el transporte de clamidias y virus. El procesamiento de las muestras ha de ser inferior a las 4-6 horas a temperatura ambiente y si esto no es posible, guardar en nevera a 2-8 °C, en cuyo caso la muestra es válida hasta 24 horas tras su obtención.
Rectal ⁴	Cultivo	Cultivo y / o Detección ácidos nucleicos	No recomendado	No recomendado	No recomendado	Incluir la muestra según las prácticas sexuales del paciente. Mismas indicaciones que para la muestra uretral. Esta muestra no se halla recomendada en caso de hombres heterosexuales
Faringeo ⁵	Cultivo	Cultivo/PCR	No recomendado	No recomendado	No recomendado	Incluir la muestra según las prácticas sexuales del paciente. Mismas indicaciones que para la muestra uretral.

Tabla 2: solicitud de pruebas en mujeres. ¹³

Tipo de muestra	Sifilis	Herpes	Chancroide	Donovanosis	Linfogranuloma venéreo	Observaciones
Úlcera ¹	Microscopía campo oscuro o PCR si se encuentra disponible Inmunofluorescencia directa	Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible. Inmunofluorescencia directa	Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible	Microscopía	IFD, Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible, aunque está última no es comercial y no está validada	Medio UTM para cultivo virus herpes y <i>C. trachomatis</i> La microscopía de campo oscuro y la inmunofluorescencia directa precisa de procesamiento inmediato y personal entrenado Se prefiere la inoculación directa de placas de Mueller-Hinton + 5% de sangre lisada para el diagnóstico de chancroide. Si esto no es posible, recoger la muestra en medio Stuart-Amies Procesamiento inferior a las 4-6 horas, si no guardar en nevera a 2-8°C en cuyo caso la muestra es válida hasta 24 horas tras su obtención
Biopsia	No recomendado	No recomendado	No recomendado	Microscopía	IFD, Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible, aunque está última no es comercial y no está validada	Mismas indicaciones que el apartado anterior
Aspirado de material purulento o de ganglio linfático mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF)	Microscopía campo oscuro	No recomendado	Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible	Microscopía	IFD, Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible, aunque está última no es comercial y no está validada	Mismas indicaciones que el apartado anterior
Otras: - Saliva - Condiloma lata - Exudado rectal	Detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible	No recomendado	No recomendado	No recomendado	IFD, Cultivo o detección de ácidos nucleicos, si se encuentra disponible, aunque está última no es comercial y no está validada	Mismas indicaciones que el apartado anterior
Suero	Realizar cribado mediante ELISA anti- lues IgG.	Serología tipo específica sólo en casos seleccionados. No cribado	No recomendado	No recomendado	Fijación de complemento. Microinmunofluorescencia. Poco útil en enfermedad no invasiva	Venopunción. El suero ha de enviarse en un plazo inferior a 4 horas. Si esto no es posible mantener refrigerado en nevera a 2-8°C

Tabla 3: solicitud de pruebas ante lesiones ulcerosas. Hombres y mujeres. ¹³

Como norma general para el *transporte de muestras* se debe realizar:

a) envío rápido de la muestra al laboratorio de microbiología para asegurar la viabilidad y el aislamiento de microorganismos de crecimiento difícil y evitar el sobrecrecimiento de bacterias de crecimiento más rápido, además de acortar la duración del contacto de la muestra con anestésicos locales usados en los procedimientos de recogida de algunas muestras. ²²

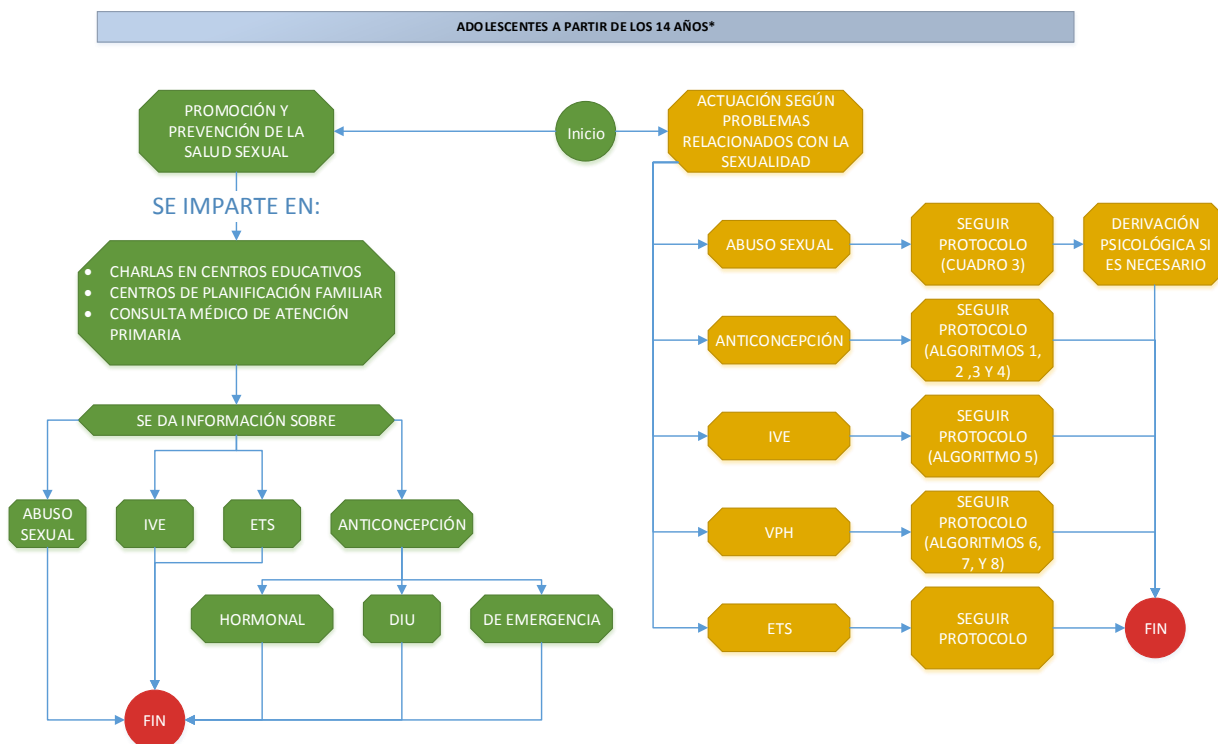
b) uso de sistemas de transporte de muestras adecuados para microorganismos aerobios: torundas de alginato cálcico o dacrón (para clamidias), torundas de algodón normales o finas, con varilla de plástico o madera, con medio de cultivo de Amies, tubos con medio de “urea- arginina” (medio líquido para transporte de micoplasmas), tubos con medio de Roiron o Diamond como medio de transporte y cultivo de *Trichomonas vaginalis*, medio de transporte para virus, tubos secos para envío de suero. ²²

Pruebas recomendadas:

- Se ha de **examinar la piel de la zona anogenital** de todos los pacientes que acuden a una consulta de ITS independientemente de su orientación sexual. Esta inspección visual puede ayudarse de una lupa.
- **No se recomienda el tipado de rutina de las lesiones exofíticas.**
- Si existiera duda en el diagnóstico de la lesión (posibilidad de displasia), la **biopsia** de la misma bajo anestesia local para estudio histológico y detección de virus del papiloma humana mediante detección de ácidos nucleicos y su posterior tipado es justificable.
- El uso de la **prueba del ácido – acético** está justificado para el diagnóstico de lesiones subclínicas o como guía para una biopsia.
- La **citología cervical** no se recomienda de rutina para mujeres menores de 25 años sin verrugas genitales. Se recomienda realizar la **citología cervical** una vez al año a las mujeres con verrugas genitales y a las parejas de varones con infección de VPH, mientras persista la infección por VPH; así como la detección del VPH, para el diagnóstico de portadores persistentes de la infección viral.
- A las **mujeres con verrugas exofíticas en el cuello del útero** y ante una citología L-SIL o H-SIL o ASCUS, se les debe realizar una colposcopia con biopsia dirigida para descartar un carcinoma in situ previo al tratamiento de las lesiones.
- La **proctoscopia en varones homosexuales** está indicada si el paciente presenta síntomas tales como sangrado o irritación anal. El tratamiento de las verrugas visualizadas en el canal anal durante la realización de una proctoscopia por otro motivo, se hará de forma consensuada con el paciente.
- El examen de la cavidad oral queda relegado para cuando el paciente refiere síntomas a ese nivel.
- El diagnóstico de infección por virus del papiloma humano en el área anogenital, justifica la necesidad de realizar un protocolo completo de cribado de otras ITS.

Tabla 4: solicitud de pruebas antes verrugas genitales. Hombres y mujeres. ¹³

11.2 ALGORITMO GENERAL



Se puede comenzar con adolescentes de menor edad si fuese necesario

Algoritmo 9: Algoritmo general de atención sexual a jóvenes adolescentes

11.3-PROCESO DE IMPLANTACIÓN

El protocolo se presentará en el centro de salud Onda I, al servicio de atención primaria y planificación familiar, mediante una presentación que realizará la alumna ante médicos/as, enfermeros/as y residentes. Posteriormente se depositará en el centro de salud para que pueda ser utilizado por todo el personal.

11.4-PROCESO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Se realizará la monitorización de datos derivados de la aplicación del protocolo para que se evalúen los logros y la puesta en funcionamiento del mismo. Los datos son:

- Incidencia de embarazos no deseados, ETS y abuso sexual desde la aplicación del protocolo.
- Incidencia de abortos en jóvenes adolescentes desde la aplicación del protocolo.
- Identificación de la causa de aborto en jóvenes adolescentes
- % de píldoras anticonceptivas de emergencia recetadas.
- % de adolescentes que asisten a las charlas informativas.
- % de adolescentes satisfechos con la información dada en las charlas informativas.
- % de aumento o disminución de uso de métodos anticonceptivos por adolescentes.
- % de ETS resueltas con el tratamiento propuesto en el protocolo.

11.5-PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO

El proceso de actualización del protocolo se reunirá en dos años para la revisión del protocolo existente y de la nueva información científica existente, recabando también la opinión de los profesionales que lo han utilizado y consolidar otro protocolo si es necesario.

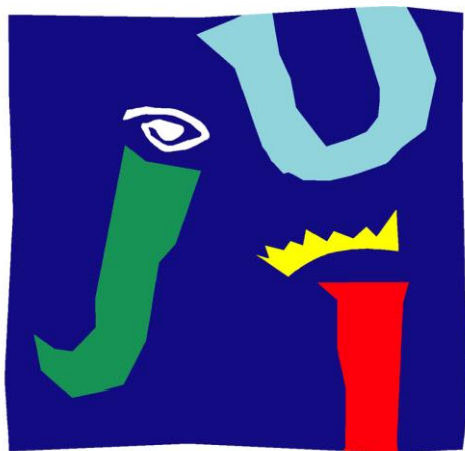
12-BIBLIOGRAFÍA

1. Alabau Ferrer, Francisco, Belda Ibañez, Josefina, Donat Colomer, Francisco, González Sala, Josefa. Hurtado Murillo, Felipe, Martínez Amorós, Pilar et al. Protocolos de atención en los centros de salud sexual y reproductiva. Valencia. Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat 2004; 80p. pp 15-34
2. Castellano Gómez Serafín. Encuesta sobre sexualidad en Jóvenes de la Comunidad Valenciana. Valencia. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat ;2002, 76p. pp 3
3. Dra. María Paz Guzmán Llona. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria. Chile. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile ;2016, 69p. pp 5-14
4. Ministerio de Sanidad , política social e igualdad. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad; 2011. 213p. pp56
5. Consejería de igualdad y Políticas Sociales. Protocolo de la comunidad autónoma de Andalucía para las actuaciones y derivación al programa de evaluación, diagnóstico y tratamiento a menores de víctimas de violencia sexual. Sevilla. Consejería de igualdad y políticas sociales. Dirección general de infancia y familias; 2015. 24p. pp6
6. Ministerio de salud y protección social. Protocolo para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Bogotá. Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo de población de las Naciones Unidas; 2014. 321p. pp100-140
7. Acuña Navas María José. Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. Marzo de 2014. Medicina legal de Costa Rica, Edición virtual. Vol. 31 (1). 13p. pp 9
8. ABECÉ sobre anticoncepción. 5ª edición. Grupo de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Dirección de promoción y prevención; Enero de 2016. 7p.
9. Navarro Martín José Antonio, Trillo Fernández Cristóbal, Luque Barea Mª Antonia, Seoane García Julia, Alonso Llamazares Mª Jesús, Gotor Montoro Salvador. Anticoncepción y salud sexual en atención primaria. Madrid. Sociedad Andaluza de Medicina familiar y comunitaria; Abril 2014. 177p. pp135
10. Asenjo Cruz, Elena. Plan de educación para la Salud para embarazadas adolescentes desde atención primaria. Madrid. Universidad Francisco de Vitoria. Trabajo de fin de grado; Junio 2015. 70p. pp30-31

11. López Arregui Eduardo, Marí Juan José María, Rey Novoa Modesto, Gutiérrez Ales José, Lertxundi Barañano Roberto. Guía para la interrupción voluntaria del embarazo. Protocolos SEGO/SEC. 25p. pp3-4
12. Guía de atención al adolescente. Granada. Sociedad Andaluza de Medicina familiar y comunitaria; 2015. 315p. pp153
13. Grupo de trabajo sobre ITS. Madrid. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control; 2011. 83p. pp 38-56
14. Virus del papiloma humano: información sobre el VPH para los médicos. Centros para el control y la prevención de enfermedades; 2007. 36 p. pp 1-3; pp11-13.
15. Lyz Highleyman. Transmisión sexual de la hepatitis C. 1ª edición. Hepatitis C support Project. 2003.
16. Hepatitis B y salud sexual. Publicación Nº 21-1115. Centers for Disease Control and Prevention; 2013.
17. Atención al abuso sexual infantil. Programa de atención al maltrato infantil. Edición 12. Madrid. Instituto Madrileño del menor y la familia. Consejería de servicios sociales; 2000. 187 p. pp11-52
18. Protocolos clínicos de atención integral a las y los adolescentes: Servicios del primer y segundo nivel de atención. Primera edición. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2014. 244p. pp 80-100
19. Ródriguez Pérez María Ángeles, Prats Rodríguez Pilar, Fournier Fisas Sofía, Ricart Calleja Marta, Echevarría Tellería Mónica, Comas Gabriel Carmina y Serra Zantop Bernat. Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo. Diagnóstico prenatal, Elsevier 2013; 24 (1): pp 12.
20. Acinas García Olga, Fernández Iglesias Susana, Gómez Ortega José Mª, Gómez Román Javier, Jubete Castañeda Yolanda, Muñoz Cacho Pedro et al. Protocolo de detección precoz de cáncer de cérvix. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2011. 36p. pp 18-29
21. Protocolo integrado de VIH e ITS en atención primaria. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Organización Panamericana de la Salud; 2011. 64p. pp 13-21
22. Aznar Martín Javier, Blanco Galán María Antonia, Lepe Jiménez José Antonio, Otero Guerra Luis, Vázquez Valdés Fernando. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; 2007. 60p. pp 4-5

AGRADECIMIENTOS

- A mi tutor Vicent Cerdá por ayudarme a elaborar el protocolo.
- A mis padres y a mi hermana porque sin sus ánimos, apoyo y paciencia no hubiese llegado donde estoy y por la confianza que han depositado en mi estos seis años.
- A Yeray por estar siempre, por ayudarme en todo lo que he necesitado y enseñarme a ser más positiva día a día.
- A mis amigos por confiar en mi y en que podría cumplir mi sueño.
- A María por demostrarme la verdadera amistad en estos seis años de carrera.



UNIVERSITAT
JAUME ♦ I